



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

SUBNORMALIDAD Y PROCESOS ATRIBUCIONALES: TRES MODELOS Y UN PROBLEMA

Por A. Polaino-Lorente

La subnormalidad continúa siendo un problema. Y los problemas comienzan a solucionarse en la medida en que se toma conciencia de ellos, en la medida en que nos percatamos de su existencia. La Asamblea General de las Naciones Unidas, al designar a 1981 como Año Internacional del Minusválido, puede que esté dando ese aldabonazo en la conciencia de nuestra sociedad, a fin de que los problemas de los subnormales no se ignoren y dejen de continuar escamoteándose a nuestra consideración.

A lo largo de este año, ya próximo a finalizar, los medios de comunicación social se han hecho eco de la importancia de la cuestión, trasladando al ciudadano de a pie una inquietud más.

Las estadísticas tienen también su elocuencia. Citaré algunos datos muy someros: hay en nuestro mundo más de 450 millones de minusválidos, lo que representa el 10 o/o de toda la

población. La tercera parte de ellos necesitan de los cuidados de otros para su supervivencia diaria. En lo que a nuestro país se refiere, se estima en 360.000 el número de ciudadanos que de alguna manera pueden incluirse en el concepto de minusvalía. Y, sin embargo, menos de la mitad de ellos ni siquiera están censados (Estadística de la Seguridad Social. Marzo, 1979); y de los que sí lo están (171.779), sólo el 25 o/o están realmente asistidos, a pesar de que 72.000 de ellos (Estudios y Publicaciones del SEREM) podrían, mediante las oportunas estrategias rehabilitadoras, incorporarse al mundo del trabajo.

Claro que el concepto de minusvalía de que aquí se parte está tomado en su máxima amplitud. Minusválido es todo aquel que sufre “*una merma de sus facultades o, si se prefiere, la aptitud residual del sujeto (...), que por alguna causa se ha visto disminuido sustancialmente en alguno o algunos aspectos de su actividad profesional y social*” (Pinillos, 1977).

En este sentido, conviene aclarar un poco más al lector lo que se entiende por minusvalía, pues, de ordinario, para el no avezado, minusvalía y subnormalidad llegan a confundirse.

El concepto de minusválido, tomado restrictivamente, designa a cualquier “*persona inicialmente normal a la que, por accidente u otra causa análoga, le sobreviene después una disminución substancial de su capacidad de adaptación y más bien de sus aspectos ejecutivos periféricos que de la raíz mental de éstos, aun cuando por descontado hay casos en que no es así, y muy a menudo la disminución locomotiva o manipulativa afecta a los procesos psíquicos centrales*” (Pinillos, 1977).

Según el concepto apuntado, son minusválidos los invidentes, los sordos, los enfermos crónicos, como los diabéticos y los parapléjicos, ciertos enfermos mentales (psicóticos, esqui-

zofrénicos), los accidentados a causa del tráfico o de algún percance profesional, y otros muchos, como aquellos que, por el abuso de drogas y alcohol, resultan incapacitados en algunas de sus funciones (estos últimos se estiman en la población mundial en 40 millones). Es específico de las minusvalías, que las alteraciones funcionales padecidas sean irreversibles, de forma que obliguen al paciente a reorganizar su vida profesional, cuando ello es posible —y debe ser posible con la ayuda del experto— y el concepto que de sí mismo tenga.

Los subnormales, en cambio, no han llegado nunca a desarrollar sus posibilidades intelectuales y, por consiguiente, se han visto impedidos a ejercitar dichas funciones. En la subnormalidad hay una alteración inicial que imposibilita la andadura futura. En la minusvalía no tiene por qué haberla. Así, mientras todos los subnormales son minusválidos, no todos los minusválidos son subnormales.

Precisada la significación de estos conceptos, hay que afirmar que la medicina de la minusvalía es, ante todo, una *medicina de la incapacidad* ya obrada y no de la patología que se está obrando; una medicina que debe dirigirse (principal, aunque no exclusivamente) a las funciones, es decir, una medicina funcional y no sustanciada en el fijismo lesional de lo patológico. Esta perspectiva es fundamental si se desea, como se pretende, que el Año Internacional del Minusválido sea de alguna utilidad. Pero sobre este aspecto volveré más adelante.

De poco servirán estos esfuerzos por ayudar a los minusválidos, si las respuestas institucionales no llegan, se demoran o se traspapelan en las mesas de los burócratas. Un ejemplo, desgraciadamente elocuente de lo aquí afirmado, lo constituye el Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad. Es sabido que más de la mitad de los factores etiológicos de la subnormalidad se

deben a causas perimetológicas, muchas de las cuales pueden y deben prevenirse.

El Plan que se diseñó en nuestro país para este fin es bueno. Sin embargo, desde que se publicó y aprobó en 1977, han transcurrido cuatro largos años sin que se lleve a efecto.

Además de agilizar —o al menos no retrasar— estos y otros planes, sería muy conveniente que las medidas que se tomaran en lo sucesivo no fueran esporádicas y coyunturales, sino que respondieran a un plan determinado y sistemático; que, lejos de ser fragmentarias —como ahora lo son—, respondieran un poco a la integración de profesionales y de estrategias, tal y como lo exige la rehabilitación de la minusvalía; y que, finalmente, se coordinen todos los esfuerzos hacia un objetivo definido y concreto.

En nuestro país no nos faltan valiosos profesionales (psicólogos, pedagogos, foniatras, psiquiatras, neurólogos, etcétera) que pueden hacer frente a estas exigencias. Personas que necesitan de esos servicios, lo hemos visto ya, desgraciadamente no nos faltan. Planes para llevar a cabo esa articulación entre los profesionales y los que de ellos necesitan, pueden llegar a establecerse con cierta facilidad. Lo que nos hace falta, en cambio, es ponerse a hacerlo: que la administración se desprece de su modorra y arbitre las medidas expeditivas para que todas estas naturales y exigibles ambiciones no queden frustradas.

Las líneas que siguen tienen la pretensión de contribuir a examinar una de las posibles causas de tantas negligencias y omisiones, y a postular también cuál puede ser la línea a seguir más conveniente en el intento de dar una mayor validez a los minusválidos.

SUBNORMALIDAD Y MARCO ATRIBUCIONAL

La psicología contemporánea avanza demasiado deprisa; tanto, que, a veces, es muy difícil seguirla sin extraviarse. Es tradicional —así nos lo enseñaron nuestros maestros— que el médico pregunte siempre a su enfermo a qué atribuye sus molestias. No podrá dejar de ser así en un modo de concebir la enfermedad en el que se da tanta importancia a los factores causales. Con esa pregunta, el médico encamina sus pesquisas e indagaciones hacia el apresamiento, individuación e identificación de los posibles factores etiológicos implicados en la enfermedad.

La psicología científica ha venido recientemente a ocuparse también de este problema, pero desde una perspectiva mucho más rigurosa y psicológica.

Rotter (1966) fue un precursor de las nuevas investigaciones, al aludir al “lugar” (*locus of control*) donde el sujeto sitúa las causas principales de lo que le está sucediendo. Desde entonces, este concepto se ha aplicado a ámbitos y dimensiones muy diferentes.

Weiner (1974) habló de “estabilidad” e “intencionalidad” de esas atribuciones (hoy reconceptualizadas bajo el término más globalizante de “controlabilidad”. Weiner, 1979); Abramson y col. (1978 y 1980) lo aplicaron a la reformulación del modelo de *Helplessness*; y Meyer (1980), por no alargarme en esta breve exposición, elaboró una taxonomía de los estilos y sistemas atribucionales (Polaino-Lorente y Vázquez, 1981; Polaino-Lorente, 1981).

En realidad, el problema es muy antiguo, aunque apenas se le haya dedicado atención hasta fecha reciente.

El hombre, cuando se percata de un problema, busca referencias causales en donde encontrar posibles "pistas" para su solución. El hombre ha hecho desde siempre atribuciones; otra cosa es que éstas sean bien fundadas, que sean científicas. El hombre, al atribuir determinados sucesos que acontecen en su vida, recobra la calma, se da a sí mismo una explicación, más o menos pausable, con la que tranquilizarse. Pero casi siempre que atribuye, simultáneamente interpreta: este es el riesgo de las atribuciones que hace. Puede afirmarse que el hombre, al atribuir un suceso cualquiera a alguna razón, recrea, "reinvención", un mundo causal; mundo que queda en esa atribución, además de atribuido, "interpretado", a la vez que el hombre mismo se reinterpreta en ese universo atribucional.

Una vez que la interpretación atribucional se generaliza, la sociedad tesauriza las atribuciones/interpretaciones, reconduciéndolas de forma convergente y fijándolas en un determinado cliché. Aparece así el "rol" y el "status" del problema, desde los cuales fácilmente se consolidan aquellas atribuciones —por así decirlo, las reatribuye— hasta casi inevitablemente el fijismo estereotipado.

La atribución personal unida a la interpretación social, marcan y acaban por imponer una topografía causal a determinados hechos que son ahora "explicados", apelando a unos determinados factores etiológicos. Se esqueleta así un modelo explicativo-interpretativo. Esculpido éste, sólo queda echarlo a andar. ¡Y vaya que si es capaz de caminar! Surgen así unos modos determinados de hacer, una normativa que, más o menos aceptada, logra imponerse a todos, deviniendo en criterio comportamental: en regla práctica por la que regirse y regular las costumbres.

En la subnormalidad aún no se ha estudiado el estilo atribucional, pero algo dice que éste ha cambiado en los últimos años y, lo que es más importante, que habrá de cambiar aún más en el futuro.

En el pasado, el marco atribucional de la minusvalía tenía las coordenadas siguientes: el "locus" de las alteraciones era interno, endógeno, bioquímico, en una palabra, cerebral. El peso absoluto atribuido a este factor "justificaba" por sí solo los déficits motivacionales y cognitivos del sujeto, dejando fuera de foco y condenando a la ineficacia cualquier otro factor —externo o ambiental— que no fuese aquél. En consecuencia, los familiares del minusválido disminuían sus expectativas frente a la posible rehabilitación de éste; su conducta respondía —así pensaban— a algo que estaba en su cerebro y que no podía ser controlado —a no ser por la medicación— y, por consiguiente, aquello resultaba inmodificable. De este modo estaba echada la suerte del pesimismo terapéutico y antropológico.

Una atribución instaurada de esta forma no podía ser menos que global, omniabarcante, hermética y acabada.

El lenguaje coloquial ha acrisolado bien estas inferencias en frases tópicas como "es imposible cambiar a este niño", "hay que dejarlo por imposible", etc. Pero, como ha demostrado Pasahow (1980), los déficits conductuales —la inhibición de las iniciativas para la intervención, diríamos aquí, extrapoliando los resultados del autor al ámbito de la subnormalidad— son más intensos cuando se inducen atribuciones globales.

Si en lugar de "cambiar a este niño", los padres o los expertos se propusieran la modificación o el cambio de una conducta en concreto de determinado y específico segmento comportamental, el resultado hubiese sido muy diferente.

Bastaría con que se dijese: "Vamos a disminuir su conducta autolesiva o, por ejemplo, sus berrinches", para que comenzaran a conseguirlo, después de una cuidada observación en la que se apresaran y modificaran los estímulos ambientales en los que se suscita —o que refuerzan— aquel comportamiento, de modo que se incremente la probabilidad con que aparece (Polaino-Lorente, 1981a). Resultados parecidos a los que aquí se proponen, han sido obtenidos por Bulman y Wortman (1977) en paralíticos afectados por una grave lesión traumática de la columna vertebral.

En la medida en que los padres de un subnormal se sienten culpabilizados —se atribuyen la culpabilidad— por la enfermedad de su hijo, en esa misma medida se frenarán las grandes posibilidades que tienen como agentes rehabilitadores. A no ser que tras esa culpabilidad se les proporcione el modo eficaz en que deben intervenir para lograr la adaptación conductual de sus hijos respectivos.

El isomorfismo ilógico en que los padres incurren, suele ser muy frecuente. Una vez que se experimentan como los *causantes* de aquella minusvalía, es fácil que ignoren también que ellos pueden ser la *causa* de la rehabilitación de aquel comportamiento minusválido y desadaptado.

Quien se atribuye a sí mismo la causa de la enfermedad no se suele atribuir a sí propio la causa de su recuperación. Pero si se le dota de los medios oportunos —y, sobre todo, si éstos se muestran eficaces—, la culpabilidad misma puede constituirse en el motor, en el mejor aliado del esfuerzo rehabilitador (Wortman y Dintzer, 1978; Polaino-Lorente, 1981b).

Pero las cosas empiezan a cambiar. El nuevo marco atribucional va hoy por otros derroteros. La culpabilidad de los padres

disminuye, el "locus" comienza a desplazarse desde el internalismo cerebral y genético —al menos en lo que atañe al proceso rehabilitador, una vez que se ha distanciado de las indagaciones causales— hacia lo ambiental y externalista.

El "locus" es cada día más externo, más público y comportamental, menos biologizante y determinista. Las expectativas sobre la recuperación aumentan; se acrece la posibilidad de controlabilidad de aquellos comportamientos y la modificación de conducta va abriéndose camino, tanto en la extinción de los comportamientos indeseables y nocivos como en la implantación de las conductas bienadaptativas y funcionalmente eficaces.

Las expectativas sobre la autoeficiencia de estos procedimientos y estrategias van mejorando en los padres y en los profesionales.

Los resultados conseguidos, las autonomías personales logradas, el empleo de nuevos modelos de aprendizaje (Bandura, 1977) y las nuevas conductas realmente logradas, confieren fundamento al optimismo de las expectativas rehabilitadoras.

Los padres y los profesionales van abandonando la vieja incertidumbre acerca de la impotencia de sus personales habilidades como agentes del cambio de las conductas de sus hijos.

La inhibición de unos y otros se va desmoronando. En parte, porque comprueban que su esforzado modo de proceder —atribución positiva a sus habilidades personales— genera consecuencias positivas y, en parte, por la misma eficacia de lo que se intenta —atribución global de que algo se puede hacer modificando la ecología ambiental—.

Como ha probado Brown (1979), los nuevos agentes rehabilitadores —profesionales y paraprofesionales— comienzan a estar persuadidos de que algo pueden. La mejoría de sus habilidades en las tareas emprendidas, la mayor competencia ganada en los minusválidos y la compensación del esfuerzo realizado, van desterrando, casi definitivamente, sus expectativas de incontrollabilidad e impotencia frente al problema de los minusválidos.

La reformulación de estos avances desde el ámbito de la teoría de la decisión (Lindsay y Norman, 1977), explican, de un modo más objetivo si cabe, los resultados que se van logrando.

TRES MODELOS Y UN PROBLEMA

El problema de la subnormalidad, como se nos aparece en el marco actual de nuestra sociedad, difícilmente podrá comprenderse si se desconoce la evolución histórica, es decir, el modo en que se ha ido presentando y reformulando en las últimas décadas.

Los distintos modos en que se ha tratado de combatir la subnormalidad, pueden englobarse principalmente, aunque no únicamente, en los tres modelos siguientes: el médico, el familiar y el pedagógico.

Obviamente, debajo de cada uno de estos modelos subyace un enmarañado sistema atribucional al que se unen otros factores más o menos relevantes (prestigio de una profesión, estereotipias sociales, fobias y filias, etc.), cuya evaluación se

presenta muy difícil. En cualquier caso, los tres modelos que aquí distinguiremos responden a la realidad de la subnormalidad, tal y como se ofrece realizada en la sociedad contemporánea. Son, pues, modelos que están implícitos en los modos operativos de habérselas con la rehabilitación del subnormal, siendo, por consiguiente, exponentes certeros que traducen y/o traicionan —encubriendo o desvelando— la presentación y el modo de ataque de ese problema concreto. Es decir; a la vez que estos modelos están *implícitos* en el concepto de subnormalidad, forzosamente *implican* la vía terapéutica, rehabilitadora y pedagógica a seguir con los sujetos afectados por estas alteraciones. Por esto, entiendo que es importante hacer transparente la articulación entre esos *supuestos implícitos* y las *consecuencias implicadoras* que de ellos derivan.

Por último, hay una razón institucional y etiológica que no debe silenciarse y que, en última instancia, es la que ha hecho posible la aparición de estos tres modelos. Me refiero, claro está, a las tres instancias que necesariamente convergen y se dan cita en el problema de la subnormalidad: la clínica, la familiar-institucional y la psicopedagógica. De aquí que cada modelo no sea otra cosa que el resultado de la configuración de un único problema —el de la subnormalidad— cuando sesgadamente se le enfoca desde una óptica unilateral y desvinculada de las restantes.

El problema es uno; las vías que intentan explicarlo y resolverlo, varias. En las líneas que siguen se ofrece una revisión crítica de estos parciales intentos de resolver el problema, así como de las ventajas e inconvenientes que están en la base de estos modelos.

1. El modelo médico

Qué duda cabe que la subnormalidad —cualquiera que ella sea, tomando este término en su más amplio sentido— tiene unas causas biológicas, innegables siempre aunque ocultas a veces. Pero no es menos cierto que, una vez establecidas las alteraciones —las que sean—, conocer o ignorar las causas de las mismas añade muy poco a la labor rehabilitadora y sanadora que, en definitiva, es la que nos importa.

La medicalización de la subnormalidad, por desgracia, continúa aún vigente. No es que el médico no tenga nada que decir sobre la subnormalidad. No; no es eso. El pediatra, el psiquiatra infantil, está implicado en la solución del problema. Pero no sólo él. Las dimensiones psicológicas, familiares y pedagógicas en que la conducta subnormal se expresa, demandan la intervención de otros profesionales diferentes a los médicos. En este punto la principal cuestión consiste en señalar los límites, las fronteras, que, sin ofender a nadie, marquen cuáles sean las competencias de cada especialista en la importante y difícil tarea de sacar adelante al subnormal.

La pregunta a la que hay que responder podría formularse abiertamente como sigue: ¿es la subnormalidad un problema médico? Formulada así, la respuesta necesariamente ha de matizarse: la subnormalidad es y no es, al mismo tiempo, un problema médico, pero... desde luego *no exclusivamente médico*.

Puede tratarse de un “problema médico” por las razones *diagnósticas, terapéuticas y preventivas* que a continuación se apuntan.

a) El *diagnóstico precoz* compete, desde luego, al médico. Me refiero, claro está, al diagnóstico precocísimo que se obtiene con la ayuda de determinaciones bioquímicas y genéticas, y tras la exploración clínica sistemática (Slater y col., 1974; Rimm y col., 1977).

Pero obsérvese que la eficacia del diagnóstico así realizado es tanto más importante cuanto más precoz se realiza (Alfonso, 1978). En cuanto al esclarecimiento *etiológico* de tal diagnóstico, su eficacia está limitada, fundamentalmente, a las enfermedades heredometabólicas, en las que una vez identificado el problema sí que cabe una intervención inmediata, cuyas consecuencias son o pueden ser muy positivas (Hobbs, 1977).

Es lógico que el médico indague sobre cuál fue la posible causa de la patología; aunque sólo sea por el hábito profesional al que le tiene acostumbrado su trabajo clínico, lo hará. Incluso es posible que estas indagaciones reviertan eficazmente en el esclarecimiento de las medidas terapéuticas que deben ponerse en marcha. Sin embargo, la supuesta eficacia de los diagnósticos etiológicos —a qué dudarlo— es, desgraciadamente aquí, la mayoría de las veces sólo supuesta (Cervera, 1970; Viganò, 1976; Castells, 1977).

¿Qué consecuencias derivan para el subnormal —una vez que se ha instaurado su patología— de que se descubra o no la causa de ésta? Las causas son múltiples; tantas, que los últimos quinquenios nos han traído nuevos síndromes. Pero el descubrimiento de que el agente causal sea la rubeola, la trisomía 21, la deshidratación hipernatrémica o el sufrimiento hipóxico fetal, poco nos va a ayudar en la rehabilitación del subnormal, una vez que la minusvalía se ha establecido de modo definitivo.

Desde la óptica del diagnóstico *etiológico*, poco podrá ayudarse al subnormal, a pesar de que esté justificado el *screening* y la multitud de exploraciones —cada vez más finas y sofisticadas— que los pediatras emplean (Fotheringham y col., 1976; Artells, 1978).

No se olvide que el diagnóstico *etiológico* no agota el vasto capítulo de las investigaciones diagnósticas. Además de la etiología (y más importante que ella), los especialistas deben identificar el peso y la intensidad de esas alteraciones. El diagnóstico funcional de la conducta social, por ejemplo, es en el ámbito rehabilitador de una mayor importancia (Pelechano, 1976; Olechnowicz, 1979).

b) La subnormalidad compete también al clínico, si se considera desde la perspectiva *terapéutica*. Las alteraciones de tipo neurológico del desarrollo y la maduración, de los registros encefalográficos, etc., suelen acompañar al problema de la subnormalidad.

Es preciso individuar cada problema y administrar el oportuno tratamiento medicamentoso. Y esto también compete al médico. Lo mismo sucede respecto de esas otras patologías acompañantes, no estrictamente vinculadas a la subnormalidad, como es la aparición de déficits inmunitarios, insomnio, alteraciones graves de la succión y deglución, hidrocefalias, hipertensión craneal, etc. Aquí también está indicada la intervención médica.

Para estos y otros problemas, la medicación no es sólo aconsejable, sino imprescindible, pero entiéndase que no es a causa de la subnormalidad misma, sino por una complicación a ella sobreañadida.

Medicalizar al subnormal no resuelve el problema de la subnormalidad; medicinarlo puede ser de alguna ayuda; negarse rotundamente a lo anterior puede traer fatales consecuencias.

Importa mucho que tengamos claros estos aspectos terapéutico-asistenciales. Aquí también podemos pasarnos o no llegar. La medicación es conveniente, pero ni excluye ni resuelve el problema conductual, que es, en última instancia, el problema real que preocupa a los padres y del cual deben ocuparse.

Por eso, abandonar otros procedimientos de intervención —me referiré más adelante a ellos—, declinando toda la responsabilidad y el futuro del subnormal sobre los tratamientos medicamentosos, no deja de ser una aberración.

Sucede esto cuando se sustancia la patología comportamental como algo *estático* (sin posibilidad de cambiar), *derivado* (aquí los aspectos causales se enfatizan tal vez demasiado) y meramente *genitivo* (se hace depender todas las alteraciones —a veces la ausencia de comportamientos adaptativos que el niño no ha tenido posibilidad de aprender— de las “lesiones cerebrales”).

Así las cosas, el subnormal es un enfermo; un enfermo que resulta incurable por fuerza de sus lesiones neurológicas, es decir, de las atribuciones —por lo general, infundadas— que de la conducta observada hacen sus familiares.

c) Por último, al médico compete, con todo derecho, el área importante de la *prevención* de la subnormalidad (González Botella y col., 1977).

Aquí queda todavía mucho por hacer. Cada día se dilatan más las fronteras de este ámbito. Hoy se puede evitar, antes de la concepción, la embriopatía rubeólica y las enfermedades recesivamente ligadas al cromosoma X. Con ayuda de la amniocentesis pueden detectarse precozmente las enfermedades cromosómicas. Las consecuencias de la incompatibilidad Rh y algunas heredometodopatías (galactosemia, fenilcetonuria) pueden detectarse y tratarse en el período prenatal.

Los *screening* bioquímicos y genéticos han probado su eficacia y debieran ser pruebas de rutina en la neonatología diaria.

Con todo esto puede reducirse el número de subnormales —lo que ya es mucho, casi todo para algunos—, pero no puede solucionarse el problema real de la subnormalidad. Por eso, aunque necesario —siempre que se ciña a sus específicos límites—, el modelo médico resulta insuficiente.

2. El modelo familiar-institucional

Los padres no saben qué hacer con sus hijos deficientes. La ansiedad y la culpabilidad suelen ser actitudes frecuentes en ellos. La impotencia que de aquí resulta es obvia (Polaino-Lorente, 1980).

Las decisiones se aplazan, a veces de forma negligente, a veces con cierto fundamento, amparándose en la estereotipia de que “el niño todavía es demasiado pequeño”. Esta parsimonia es veloz en sus resultados; por cuanto que el niño se desarrolla a pasos agigantados, resulta casi siempre muy nociva.

Se le permite crecer mientras se cree que el proceso del desarrollo producirá por sí solo el deseo esperado. "Cuando madure —se dicen—, todo cambiará". La inferencia y la atribución están patentes. Primero atribuyen a la maduración un papel como agente causal del cambio; cambio que en absoluto le corresponde. Más tarde, se infiere de esa atribución otra conclusión infundada: que el niño cambiará. Mientras tanto, se hacen estériles muchas otras posibilidades, omitiéndose bloques de intervención que tanto podrían ayudar al desarrollo comportamental del bebé. Me refiero, por ejemplo, a los programas de estimulación precoz, a la modificación de la ecología estimular familiar o a la mera posibilidad de interacción comportamental entre el subnormal y sus hermanos.

La implantación del lenguaje no llega ni a plantearse. Los aprendizajes básicos que preceden y hacen posible la conducta verbal se desatienden. Los repertorios motores se debilitan, aun a pesar del natural despliegue del desarrollo. Las habilidades y destrezas sociales no acaban de emerger, dado el comportamiento de evitación/huida de sus familiares.

El subnormal continuamente va empobreciéndose entre el rechazo más o menos velado, que trata de ignorarlo, y la sobreprotección lastimera, que todo se lo consiente, especialmente lo que es para él menos conveniente (Johnson, 1980).

Emergen otros comportamientos indeseables que, con el hacer —o mejor no hacer— de sus padres, acaban por consolidarse. Las conductas autolesivas, disruptivas y dependientes suelen entonces presentarse.

Por este camino, el niño no avanza, sino que, contrariamente, retrocede. Porque a la postre no importa tanto las conductas bienadaptativas que el niño deja de aprender como las

maladaptativas que una vez aprendidas acaban perpetuándose, para más tarde —ya transformadas en hábitos arraigados— incompatibilizar con aquellas (Luria, 1974).

El pesimismo terapéutico y decepcionante puede aparecer tanto si el subnormal está protegido en casa como si se opta por ingresarle en un centro que no es el apropiado para él o en el que no se trabaja con los procedimientos rehabilitadores adecuados.

Es tanta la impotencia, que algunos padres optan por trabajar más, procurando allegar más medios con los que poder institucionalizar a sus hijos y, de este modo, sentirse así justificados. La otra alternativa, la de protegerles en casa mientras el tiempo pasa, tampoco está clara. Puede afirmarse que, sobre la cuestión de internar o no al hijo subnormal, apenas si hay acuerdo. Ambas opciones tienen sus ventajas y sus inconvenientes. También en esto actúa la moda.

Mientras que Cleveland y Miller (1977) han comprobado la buena adaptación familiar cuando el chico permanece en casa, otros, como Cummings (1976), consideran que se perjudica la paz familiar y la convivencia conyugal. El peso del cuidado del subnormal puede aumentar o no el *stress* en el hogar, siendo este criterio el que debe decidir, en opinión de Willer y col. (1979), lo que se debe hacer.

Pero no todo es tan sencillo como parece. En la subnormalidad no hay nada lineal, a no ser nuestra consideración reduccionista y simplificadora del problema.

MacMillan (1977) ha probado que ni siquiera la situación económica familiar es un factor que decide el internamiento o no. A la crisis de la institucionalización ha seguido la crisis de

la desinstitucionalización (Doll, 1976). Así, pues, una y otra opción, a lo que parece, están en crisis.

Smith (1977) resume los factores que principalmente intervienen en el origen del *stress* familiar por causas de la subnormalidad: la llegada inesperada del deficiente, el estado de vulnerabilidad personal de sus familiares, los factores precipitantes y la intensidad de la crisis familiar a que puede dar lugar.

En cualquier caso, la familia, como las instituciones, por sí solas no son suficientes. Es condición necesaria que se arbitren otros procedimientos y estrategias de intervención —sea en la familia, en la institución o de forma integrada en ambas—, de modo que se facilite el programa modificador más conveniente (siempre *ad casum*) para ese deficiente concreto (Miller y col., 1976; Paulson y col., 1973).

La intervención de los padres es siempre así fundamental (Polaino-Lorente, 1981b). La decisión sobre la alternativa hogar/institución compete a los padres. Es cierto que pueden y deben aconsejarse, pero jamás delegar esta cuestión en otros. Wolfensberger (1967) considera, en cambio, que es la sociedad y no los progenitores la que debe decidir sobre este particular. En mi opinión, ni la sociedad ni el médico deben arrogarse una misión que excede con mucho a sus funciones. A idéntica conclusión se llegó en la conferencia sobre el retraso mental, celebrada en 1964.

En todo caso, la intervención de los padres en la rehabilitación conductual de sus hijos, es siempre fundamental, como se ha venido demostrando por numerosos autores (Tizard, 1961; Paulson y col., 1973; Ray, 1974; Miller y col., 1976; Brengelmann, 1977).

La familia, el hogar, es el ámbito natural en que sin convertirse en una institución donde el niño esté ingresado, sí que puede prolongarse el clima terapéutico y rehabilitador del Centro de Educación Especial que el niño frecuenta. Esto supone que hay que contar más con los padres, que deben colaborar como coterapeutas de sus hijos y que, para todo ello, deben recibir el entrenamiento y la formación que precisan.

3. El modelo psicopedagógico

En realidad, el modelo psicopedagógico es el lugar hacia donde convergen los anteriores modelos y, desde luego, su vigencia actual es obvia; tanto, que se presenta hoy como la única alternativa eficaz para la rehabilitación y modificación de la conducta del subnormal.

Sin embargo, es reciente su incorporación (demasiado reciente, desgraciadamente, en algunos casos e instituciones que todavía no parecen haberse informado acerca de la eficacia de estos procedimientos o al menos aún no los han incorporado como debieran).

La pedagogía y la educación especial del subnormal, después de muchas vicisitudes, corre el peligro, todavía hoy, de continuar anclada en dos supuestos atribucionales obsoletos: a) el timocentrismo y b) la escolarización.

El *primero* atribuye a la afectividad el papel relevante, que en absoluto tiene. Su paradigma puede concretarse en frases y consejos tópicos como los que siguen. "Hay que querer al niño subnormal". "Al deficiente mental no hay que traumatizarle con exigencias excesivas" (léase con cualquier exigencia..., incluso rehabilitadora). Slogans como estos acaban determi-

nando la conducta a seguir por los terapeutas y profesores, haciendo un flaco servicio al deficiente. Agazapadas tras de ellas se encuentran muchas veces la ignorancia y la dejadez. Se sobreprotege al niño, tras invocar esas razones afectivas, pero con ello sólo se rehuye el compromiso y el mucho esfuerzo que supone tratar de modificar su comportamiento, único modo en que pueda ampliarse el repertorio de sus habilidades y su personal horizonte autonómico.

El *segundo* supuesto —la escolarización— atribuye a la enseñanza institucional clásica (el aprendizaje de la lectura y de la escritura, sobre todo) una eficacia que no tiene, al menos en el caso de la rehabilitación comportamental y adaptativa de estos niños. Es mucho más importante para los deficientes la adquisición de destrezas motoras, sociales, alimentarias e higiénicas —que son las que en verdad van a ampliar el ámbito de su autonomía e independencia—, que, por ejemplo, el aprendizaje lector.

La implantación y adquisición del lenguaje es, desde luego, una función principalista, aunque no incompatible ni subordinada a otros aprendizajes de tipo escolar.

El moderno modelo psicopedagógico concibe la deficiencia mental —y en un sentido muy amplio la minusvalidez— como un problema comportamental deficitario y maladaptativo en el que hay mucho que hacer a través del manejo de las variables ambientales que sí que pueden manejarse y que son las que están, en última instancia, desencadenando, manteniendo y perpetuando esos comportamientos desajustados.

El modelo psicopedagógico asume que a la base de estos comportamientos hay alteraciones de tipo neuropsicobiológicas, pero con toda franqueza y coherencia asume también

que es muy poco lo que en este ámbito específico hoy puede hacerse.

El modelo psicopedagógico ni niega ni desprecia el peso —relativo o absoluto— que puedan tener esas alteraciones; las supone, sin más, a la vez que reconoce su incompetencia para intervenir biológicamente a ese nivel.

Incompetencia, que no es exclusivamente suya sino también de los profesionales afines a los modelos biológicos.

El modelo psicopedagógico opta por la eficacia real de las estrategias de intervención modificadoras, cuya fundamentación no está tanto en las cuestiones neurobiopatológicas —que no rehusa, pero muchas de las cuales todavía ignoramos, a propósito sobre todo de la posible eficacia generativa que en el área de la práctica rehabilitadora puedan tener— como en los principios de la psicología del aprendizaje que las han hecho posibles.

Las técnicas de modificación de conducta (en lo sucesivo TMC) han mostrado ya una probada eficacia, en estos veinte últimos años, en el tratamiento de la deficiencia mental.

Sintetizo a continuación algunas de las conclusiones más relevantes aportadas por estas estrategias y técnicas rehabilitadoras:

1.— Las TMC se proponen modificar la conducta desde el ambiente y la misma conducta, bien con la adquisición de nuevos repertorios comportamentales útiles para la vida, bien con la extinción de las conductas desajustadas y desadaptativas.

- 2.— Las TMC no suponen ningún riesgo para el sujeto, ni generan consecuencia alguna que sea indeseable.
- 3.— Las TMC se valen para su propósito de estrategias muy variadas a cuya base está casi siempre el manejo del ámbito ecológico estimular; ámbito en el que todos —absolutamente todos, minusválidos o no— estamos connaturalmente inmersos.
- 4.— Las TMC no tienen la pretensión de transformar al sujeto en su intimidad ni de forma global —metanoia utópica propuesta por otros procedimientos—, sino, antes al contrario, proceden paso a paso de lo más simple a lo más complejo, actuando siempre a un nivel estrictamente conductual.
- 5.— Las TMC buscan la colaboración de los familiares del paciente, a los que confiere un papel activo como coterapeutas, lo que les da la oportunidad de controlar todavía más los medios de intervención a que aquél se somete.
- 6.— Las TMC no se lanzan a probar —mediante ensayo y/o error— determinados procedimientos, sino que proceden rigurosa y científicamente de la observación a la modificación.
- 7.— Las TMC suponen un mayor control sobre lo que se está haciendo, en tanto que hacen suyo el principio de “no modificar sin evaluar y no evaluar sin modificar”.
- 8.— Las TMC necesariamente han de ser, por la metodología que usan, específicas, diseñadas *ad casum* y personalizadas. Si el diseño rehabilitador se inspira en la observación comportamental, necesariamente han de adecuarse a las minusvalías conductuales del sujeto concreto al que se aplican.

9.— Las TMC huyen indirectamente de toda teorización innecesaria, al sentirse forzadas por sus propios principios a definir operativamente cada uno de los segmentos comportamentales, cuya extinción, adquisición y/o moldeamiento pretenden.

10.— Las TMC no se restringen a un elenco limitado de procedimientos. Los repertorios usados son muy numerosos, ilimitados casi, puesto que, además de la gran amplitud del espectro tecnológico usado, éste debe adecuarse a cada caso concreto, lo que magnifica todavía más su gran versatilidad.

“Así, pues, las conductas deseadas se refuerzan cada vez por consecuencias positivas (refuerzo positivo); o se le indica al cliente durante la terapia que imite una conducta previamente demostrada y que la ejercite (aprendizaje por observación o modelamiento); o se ignora simplemente una conducta indeseable, de modo que disminuya su frecuencia (extinción); o se le obliga al cliente a ejercitar tantas veces una conducta inadecuada hasta que se produce una saturación (práctica negativa). También se pueden ejercitar nuevas conductas que compiten con la conducta indeseable y disminuyen así su frecuencia o intensidad (contracondicionamiento). Otro método consiste en castigar las conductas negativas, con la esperanza de que desaparezcan; o se le puede enseñar al cliente a evitar situaciones críticas y a dominar las reacciones angustiosas a través de un acostumbamiento paulatino (desensibilización). En todo caso, la meta final es el entrenamiento del cliente, que le permita en el futuro autocontrolarse y solucionar sus problemas por sí solo” (Bregelman, 1977).

11.— Las TMC, ni atribuyen ni infieren explicaciones gratuitas e ineficaces. Las TMC tienen vocación de eficacia, ateniéndose a la satisfacción de esa vocación.

12.— Las TMC, en opinión del autor de esta colaboración, ocupan un lugar privilegiado en la rehabilitación y futura plusvalía de los minusválidos. De las anteriores afirmaciones fácilmente se desprende que estas técnicas son en la actualidad las que mejor pueden satisfacer al clásico y urgido principio ético de dar a cada uno lo que le es debido.

A CADA UNO LO SUYO

El Año Internacional del Minusválido sólo será eficaz si es coherente consigo mismo; si no, se hunde en la contradicción del verbalismo de la imagen, vacío interiormente y sin peso ni peso específicos.

No caerá en contradicción si, y sólo si, satisface como mínimo el primer principio de la justicia distributiva. Este principio regula las relaciones entre iguales —entre personas iguales; que también el deficiente es persona humana igual que los que no son deficientes— y puede formularse como sigue: “dar a cada uno lo que le es debido” o, dicho más brevemente, dar a cada uno su *debitum*, lo que se le debe, su *ius*, su derecho, lo que le pertenece.

Al minusválido, “lo que se le debe” es lo que falta a su naturaleza —hasta donde sea posible, desde los medios técnicos, científicos y asistenciales de que hoy disponemos—, para que ésta no “valga” menos, sino que “valga” igual que la de cualquier persona que no tenga esa minusvalía, y que, por consiguiente, ni se sienta ni se experimente, ni acabe por ser —no por tener— esa minusvalía.

La satisfacción de estos justos débitos demanda que cada deficiente sea tratado específica y personalmente según las exigencias requeridas por sus propias minusvalías. Y como éstas varían tanto de unos a otros, los tratamientos necesariamente han de variar en idéntica proporción.

El principio invocado más arriba puede concretarse como sigue, en lo que a la rehabilitación se refiere: tratar desigualmente a los minusválidos desiguales, personalmente y en función de esa misma desigualdad.

Un error frecuente —no sólo terapéutico, sino también contra la justicia— consiste en incluir a todas las personas con alguna deficiencia en el vasto concepto de “minusválidos”, sin atenderse a cada una de esas peculiaridades específicas y personales, que son —no se olvide— las que más importantemente intervienen en recortar su perfil biográfico, psicopatológico y funcional, y, en consecuencia, sus posibilidades rehabilitadoras y adaptativas futuras.

Ahora bien, individuar cada una de las alteraciones, tal y como aparecen realizadas personalmente, significa también —o debiera significar— individuar precisamente cuáles son las funciones, los objetivos y los procedimientos que competen a cada uno de los especialistas que componen este equipo multiprofesional de intervención. También aquí debe exigirse a cada uno lo suyo. De lo contrario, no se podrá dar a cada minusválido lo que le es debido: la terapia específica que necesita para su rehabilitación.

Algo parecido sucede con los programas de rehabilitación y con los equipos asistenciales. En el diseño de cada programa habrá que trabajar con técnicas integradas muy diferentes, cuyos pesos relativos deben también estar diseñados en función

de ese minusválido en concreto en el que se van a aplicar. La justicia exige aquí que cada terapeuta intervenga dentro de la modalidad de su especialidad, en consonancia con la actuación de los otros expertos. Su intervención naturalmente será desigual —en cualidad y en intensidad— a la de sus compañeros de equipo. Tratar desigualmente a los subnormales y minusválidos desiguales es la única vía para garantizar el tratamiento individualizado y la huida del isomorfismo masificador e ineficaz. Pero, a su vez, esto sólo es posible si la intensidad de las técnicas de intervención y el esfuerzo de cada uno de los profesionales y paraprofesionales componentes del equipo también es desigual.

El vasto campo de la educación especial debe integrar, para ser efectiva, una multitud de técnicas, de programas y de especialistas. Esta integración debe ser coordinada y armónica, de modo que no resulte subordinante para el minusválido, destinatario último de todos los esfuerzos. Hay que adaptar los programas al individuo en que se aplican y no al contrario. Proceder así, posiblemente resulte algo complicado e incluso más caro, pero a la corta será también más eficaz —la única propiamente eficaz— y, sobre todo, mucho más justo.

Sólo si nos acercamos durante este año a este modo de proceder, el Año Internacional del Minusválido habrá servido para algo.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson, L.Y. et al., Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978, 87, 1, 49-74.
- Abramson, L.Y. et al., Judgment of contingency: Errors and their implications. En Baum, A. y Singer, J. (Eds.): *Advances in environmental psychology* (vol. 2). New Jersey, LEA, 1980.
- Alfonso Sanjuan, M., *Las subnormalidades: diagnóstico y tratamiento*. Madrid, C.E.P.E., 1978.
- Artells Baró, J.J., *Prevención de la deficiencia mental*. Madrid, Moneda y Crédito, 1978.
- Bandura, A., Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*. 1977, 84, 191-215.
- Brengelmann, J.C., Modificación de conducta en deficientes mentales. *Análisis y modificación de conducta*. 1977, 7-18.
- Brown, I., Learned helplessness through modeling: Self-efficacy and social comparison processes. En L.C. Pelmuter y R.A. Monty (Eds.): *Choice and Perceived Control*. New Jersey, LEA, 1979.

- Bulman, R.J. et al., Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and social Psychology*. 1977, 35, 351-363.
- Castells Cuixart, P., *Los subnormales*. Barcelona, Dopesa, 1977.
- Cervera Enguix, S., *Aspectos etiológicos y sociales de la deficiencia mental*. Madrid, Confederación de Cajas de Ahorro, 1970.
- Cleveland, D.W. y Miller, N., Attitudes and life commitments of older sibling of mentally retarded adults: An exploratory study. *Mental Retardation*. June 1977, 38-41.
- Cumings, S.T., The impact of the child's deficiency on the father: A study of fathers of mentally retarded and of chronically ill children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1976, 46, 246-255.
- Doll, W., Family coping with the mentally ill: An unanticipated problem of deinstitutionalisation. *Hospital y Community Psychiatry*. 1976, 27, 183-185.
- Estadística de la Seguridad Social. Marzo de 1979.
- Fotheringham, J.B. y Morrison, M., *Prevention of mental retardation*. Ontario, Canadá, National Institute on Mental Retardation, 1976.
- González Botella, S. y González García, A., *Prevención de la subnormalidad mental*. Madrid, Dirección General de Sanidad, 1977.

- Hobbs, N., *Issues in the classification of exceptional children*. San Francisco, Ed. Jossey-Bass Publisher, 1977.
- Johnson, M.A., *La educación del niño deficiente mental*. Madrid, Ed. Cincel, 1980.
- Lindsay, P.H. y Norman, D.A., Procesamiento de la información humana (vol. 3: *Aprendizaje, conocimiento y decisión*). Madrid, Tecnos, 1977.
- Luria, A.R., *L'enfant retardé mental*. Toulouse, Privat, 1974.
- MacMillan, D.L., *Mental retardation in school and society*. Boston: little, 1977.
- Meyer, J.P., Causal attribution for success and failure: A multivariate investigation of dimensionality, formation and consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980, 38, 5, 708-714.
- Miller, N. y Cantwell, D., Siblings as therapists: A behavioural approach. *American Journal Psychiatry*. 1976, 133, 447-450.
- Olechnowicz, H., *La integración social de los deficientes mentales profundos*. Madrid, Fundación General Mediterránea, 1979.
- Pasahow, R.J., The relation between attributional dimension and learned helplessness. *Journal of Abnormal Psychology*. 1980, 89, 3, 358-367.
- Paulson, M.J. y Stone, D., Specialist-professional intervention: An expanding role in the care and treatment of the

- retarded and their families. In G. Tarjan, R.K. Eyman y C.E. Meyers (Eds.), *Sociobehavioural studies in mental retardation. American Association of Mental Deficiency*. 1973, 1, 234-240 (monograph).
- Pelechano, V., Una escala de hábitos sociales (AHS-1) en deficientes mentales. *Análisis y modificación de conducta*. 1976, 2, 39-56.
- Pinillos, J.L., Los problemas psicológicos del minusválido y el subnormal. *Rev. Análisis y modificación de conducta*. 1977, 3-31.
- Plan Nacional de Educación Especial. Madrid, Fundación General Mediterránea, 1979.
- Polaino-Lorente, A., *Algunas actitudes de los padres ante sus hijos subnormales (I-VI)*. Centro de Educación Familiar Especial (edición multicopiada), 1980.
- Polaino-Lorente, A., ¿Cómo hacer desaparecer los comportamientos indeseables de los hijos subnormales? *Centro Familiar de Educación Especial* (edición multicopiada). Pamplona, 1981a.
- Polaino-Lorente, A., *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. Ed. Alhambra Universidad, Madrid, 1981b, especialmente páginas 172-194.
- Polaino-Lorente, A. y Vázquez, C., Learned helplessness: un modelo experimental animal de indefensión aprendida. *Revisión Crítica. Psiquis*. 1981, 5, 169-180.

- Polaino-Lorente, A. y Buceta, J.M., Reformulación del modelo de *Learned Helplessness* desde el punto de vista de la psicología atribucional. *Rev. de Psicol. General y Aplic.* 1981 (en prensa).
- Ray, J.S., The family training centre: An experiment in normalisation. *Mental retardation*. February, 1974, pp. 12-13.
- Rimm, D.C. y Somerville, J.W., *Abnormal psychology*. N. York, Academic Press, 1977.
- Rotter, J., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 1966, 80 (núm. 609).
- Slater, E. y Cowie, V., *The genetics of mental disorder*. London, Oxford University Press, 1974.
- Smith, L.L., Crisis intervention theory and practice. *Community Mental Health Review*. 1977, 2, 5-13.
- Tizard, J. y Grad, J.C., *The mentally handicapped and their families*. London, Oxford University Press, 1961.
- Vigano, D., *Oligofrenias, confusión mental*. Buenos Aires, Bonum, 1976.
- Weiner, B., *Achievement Motivation and Attribution Theory*. New Jersey, General Learning Press, 1974.
- Weiner, B., A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*. 1979, 71, 3-25.

- Willer; Barry, S.; Intagliata, J.C. y Atkinson, A.C., Crises for families of mentally retarded persons including the crisis of deinstitutionalisation. *British Journal of Mental Subnormality*. 1979, 25, 38-49.
- Wolfensberger, W., Counseling the parents of the retarded. En Baumeister, A.A., dir.: *Mental Retardation Appraisal, Education and Rehabilitation*. Chicago, Aldine Publishing Co., 1967.
- Wortman, C.B. y Dintzer, L., Is an attributional analysis of the learned helplessness phenomenon viable?: A critique of Abramson-Seligman-Teasdale reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978, 87, 1, 75-90.